

TESTELE NEINVAZIVE PENTRU EVALUAREA DISFUNCTIEI SFINCTERULUI ODDY LA PACIENȚII CU SINDROM POSTCOLECISTECTOMIC

Angela Peltec¹, Roman Bodrug², Irina Balan¹,
Raisa Tănase³, Vlada Dumbrava¹

¹Clinica Medicală nr.4,
USMF „Nicolae Testemițanu”, ²Secția de
endoscopie, Spitalul Clinic Republican, ³Secția de
gastroenterologie, Spitalul Clinic Republican

Introducere

Disfuncția sfincterului Oddi (DSO) este o patologie care creează un obstacol pentru drenajul din calea biliară principală (CBP). De obicei, DSO se manifestă prin dureri recurente după colecistectomie, deoarece obstacolul este adesea cauzat de stenoza sau dischinezia sfincterului Oddi.

Din momentul descrierii de către Ruggero Oddi în 1887, sfincterul a devenit obiect de studii. Nu este deci surprinzător faptul că sindromul clinic al DSO și terapia acestei stări patologice sunt probleme cu multe controverse. DSO se poate fi manifesta clinic prin dureri pancreatobiliare, pancreatită sau dereglări ale testelor funcționale hepatice.

Există două tipuri de dereglări ale sfincterului Oddi (SO): dischinezia și stenoza. Dischinezia reprezintă o patologie motorie primară, cauzată de hipotonia sau cel mai des hipertonia SO. Stenoza este o afecțiune a structurii SO, probabil cauzată de un proces inflamator cu fibroză consecutivă. Sunt folosiți diverși termeni în literatura medicală mondială pentru descrierea acestei entități: stenoza papilară, stenoza ampulară, dischinezie biliară și sindrom postcolecistectomic.

DSO apare cel mai des la femei de vârstă medie, prevalența la fel este înaltă după colecistectomie. Prezentarea clinică a DSO este durerea abdominală în epigastriu sau în hipocindrul drept, ce durează de la câteva minute la ore, poate iradia în spate, poate fi acompaniată de grețuri și vomă. Alimentele și narcoticele pot precipita durerea. Pentru o înțelegere mai bună, Institutul Asociației Americane de Gastroenterologie în anul 2006 a elaborat o nouă clasificare a patologiei funcționale gastrointestinale – Clasificarea Roma III, în care DSO este poziționată la dereglări funcționale biliare (categoria E) (tabelul 1). Această Clasificare conține caracteristica durerii abdominale necesară pentru stabilirea diagnosticului patologiei funcționale a vezicii biliare și SO: localizarea – epigastriu, hipocindrul drept; severitatea – intensitatea poate fi înaltă, provocând dereglarea activității zilnice

și adresarea după ajutor medical; durata – cel puțin 30 de minute, cu recurențe ce apar la diferite intervale. Durerea nu scade după defecație, modificarea poziției corpului sau antacide. E necesar să fie excluse alte patologii funcționale sau structurale.

Tabelul 1

Clasificarea Roma III. Patologia funcțională a vezicii biliare (VB) și SO

E1	Patologia funcțională a vezicii biliare ❖ Toate enumerate ➤ Criterii de patologie funcțională a VB sau SO ➤ VB prezentă ➤ Nivelul normal ALAT, ASAT, bilirubinei conjugate, amilazei/lipazei
E2	Patologia funcțională biliară a SO ❖ Ambele următoare ➤ Criterii de patologie funcțională a VB sau SO ➤ Nivelul normal al amilazei/lipazei Criteriile de suport ❖ Creșterea ALAT, ASAT, fosfatazei alcaline, bilirubinei conjugate legată cu cele două episoade de durere
E3	Patologia funcțională pancreatică a SO ❖ Ambele următoare ➤ Criterii de patologie funcțională a VB sau SO ➤ Nivelul crescut al amilazei/lipazei

Metode neinvazive de diagnostic

Ultrasonografia. CBP poate fi măsurată ultrasonografic, dilatarea mai mult de 6 mm indică creșterea rezistenței la fluxul bilei și poate fi un semn al DSO [1]. Folosirea doar a acestei investigații nu este îndejuns, deoarece la vârstnici CBP poate fi, în condiții normale, până la 8,5 mm [2]; același fenomen se observă și la pacienții asimptomatici colecistectomizați [3]. După un prânz gras sau după colecistochinină crește fluxul biliar, dar în cazul funcționării normale a sfincterului CBP rămâne normală, condiție patologică se consideră creșterea diametrului cu mai mult de 2 mm, ce reflectă creșterea rezistenței la flux [3]. Sensibilitatea și specificitatea acestei metode este prezentată în tabelul 2.

Tabelul 2

Sensibilitatea și specificitatea ultrasonografiei în evaluarea CBP, ductului pancreatic după testele de stimulare

Autorii	Test de stimulare	Nr pacienților	Sensibilitatea (%)	Specificitatea (%)
Darweesh [9]	Pânz gras	28	67	100
Warsaw [10]	Secretin	45	76	86
Di Francesco [11]	Secretin	36	88	82
Rosenblatt [12]	Pânz gras	304	21	97

Ductul pancreatic, la fel, poate fi determinat ecografic, dimensiunile normale fiind de 3 mm la nivelul capului, 2,1 mm la nivelul corpului proximal și 1,6 mm la nivelul corpului distal. După stimulare, ductul pancreatic crește în diametru și apoi, peste 15 minute, revine la normal. Dacă diametrul ductului crește mai mult de 1,5 mm și se menține mai mult de 30 de minute după un prânz gras, aceasta se consideră o problemă patologică [4].

Colangiopancreatografia prin rezonanță magnetică determină prezența cauzei organice obstructive (calculi, tumori) și este o metodă puțin invazivă, care permite obținerea colangiogramei și pancreatogramei [5].

Scintigrafia hepatobiliară se efectuează după administrarea i.v. [99Tcm]-acid dietil imunodiacetic și dă informația calitativă și cantitativă prin măsurarea timpului de eliminare a izotopului din ficat prin tractul biliar.

Pacienții cu DSO au o evacuare întârziată a izotopului în duoden. Pentru creșterea acurateții metodei trebuie combinată cu teste provocative. Această metodă se corelează foarte bine cu manometria [6]. Alte studii sugerează că este o metodă cu sensibilitate și specificitate joase [7]. Sostre și al. [13] a elaborat un scor, folosind șase variabile scintigrafice, pentru augmentarea acurateții și reproductibilității scintigrafiei hepatobiliare la pacienții cu suspexie la DSO. Folosind acest scor, autorul raportează o sensibilitate și o specificitate de 100% la pacienții la care s-a efectuat și manometria. În același timp, Pineau et al. [14] a evaluat specificitatea acestui scor la 20 de asimptomatici după colecistectomie. Metoda nu a fost reproductibilă, scintigrafiile repetate nu dădeau același rezultat. Cicala et al. [15] a raportat că timpul de tranzit de la hilul hepatic (TTHH) până la duoden este cel mai bun predictor al încetării fluxului biliar, având sensibilitatea de 83% și specificitatea de 100%, atunci când TTHH este mai lung de 9 min. Folosirea concomitentă a ultrasonografiei și scintigrafiei crește performanța ambelor metode.

Metode invazive de diagnostic

Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică. Această metodă nu este recomandată pentru evaluarea DSO, grație sensibilității bune a metodelor noninvazive [8].

Manometria sfincterului Oddi. Manometria rămâne standardul de aur al diagnosticului DSO. Criteriile sunt: presiunea bazală a sfincterului mai mare de 40 mm Hg; creșterea undelor retrograde; frecvența înaltă a contracțiilor; răspunsul paradoxal la colecistochinină.

După colecistectomie arborele biliar se transformă în duct, în care fluxul devine permanent din ducturile

intrahepatice prin CBP spre duoden. Contracțiile SO în condiții normale nu provoacă creșterea presiunii intraductale datorită decompresiei din vezica biliară. Acest organ joacă un rol al rezervorului presor. Totodată, contracția sfincterului Oddi la pacienții după colecistectomie provoacă creșterea presiunii intraductale, din cauza absenței efectului de rezervor al vezicii biliare, care este absentă. Presiunea intraductală înaltă provoacă durere, poate induce staza biliară, dilatația ductală, întârzierea evacuării radioizotopului la scintigrafie și creșterea diametrului CBP la ultrasonografie.

Concluzii. Metodele de diagnostic al DSO non-invazive au sensibilitate și specificitate adecvate. Folosirea concomitentă a ultrasonografiei și scintigrafiei crește sensibilitatea și specificitatea ambelor metode. Colangiopancreatografia prin rezonanță magnetică permite excluderea patologiei organice.

Bibliografie selectivă

1. Parulekar S.G., *Ultrasound evaluation of common bile duct size*. In: Radiology, 1979, 133, p. 703-707.
2. Bachar G.N., Cohen M., Belenky A., Atar E., Gideon S. *Effect of aging on the adult extrahepatic bile duct: A sonographic study*. In: Congrès Scientific Assembly of the Radiological Society of North America, 2003, 22, p. 879-882.
3. Ruffolo T.A., Sherman S., Lehman G.A., Hawes R.H. *Gallbladder ejection fraction and its relationship to sphincter of Oddi dysfunction*. In: Dig. Dis. Sci., 1994, 39, p. 189-292.
4. Hadidi A. *Pancreatic duct diameter: Sonographic measurement in normal subjects*. In: J. Clin. Ultrasound, 1983, 11, p. 17-22.
5. Barish M.A., Yucel E.K., Ferrucci J.T. *Magnetic resonance cholangiopancreatography*. N Engl J Med. 1999, 341, p. 258-264.
6. Corazziari E., Cicala M., Scopinaro F. *Scintigraphic assessment of SO dysfunction*. Gut, 2003, 52, p. 1655-1656.
7. Craig A., Peter D., Saccone G. et al. *Biliary disease: Scintigraphy versus manometry in patients with suspected biliary sphincter of Oddi dysfunction*. Gut, 2003, 52, p. 352-357.
8. National Institutes of Health. State-of-the-Science Conference. Statement: ERCP for diagnosis and therapy. Gastrointest Endosc, 2002;56(6):803-809.
9. Darweesh R.M., Dodds W.J., Hogan W.J et al. *Efficacy of quantitative hepatobiliary scintigraphy and fatty-meal sonography for evaluating patients with suspected partial common duct obstruction*. Gastroenterology, 1988, 94, p. 779-786.
10. Warshaw A.L., Simeone J., Schapiro R.H., Hedberg S.E., Mueller P.E., Ferrucci J.T Jr. *Objective evaluation of ampullary stenosis with ultrasonography and pancreatic stimulation*. Am. J Surg. 1985, 149, p. 65-72.
11. Di Francesco V., Brunori M.P., Rigo L., et al. *Comparison of ultrasound-secretintest and sphincter of*

Oddi manometry in patients with recurrent acute pancreatitis. Dig. Dis. Sci., 1999, 44, p. 336–340.

12. Rosenblatt M.L., Catalano M.F., Alcocer E., Geenen J.E. *Comparison of sphincter of Oddi manometry, fatty meal sonography and hepatobiliary scintigraphy in the diagnosis of sphincter of Oddi dysfunction.* Gastrointest Endosc. 2001, 54, p. 697–704.

13. Sostre S., Kalloo A.N., Spiegler E.I., et al. *A non-invasive test of sphincter of Oddi dysfunction in postcholecystectomy patients: the scintigraphic score.* J. Nucl. Med. 1992, 33, p. 1216–1222.

14. Pineau B.C., Knapple W.L., Spicer K.M., et al. *Cholecystokinin stimulated mebrofinin (99mTc-Choletec) hepatobiliary scintigraphy in asymptomatic postcholecystectomy individuals: assessment of specificity interobserver reliability and reproducibility.* Am. J. Gastroenterol, 2001, 97, p. 3106–3109.

15. Cicala M., Scopinaro F., Corazziari E., et al. *Quantitative cholescintigraphy in the assessment of choledochoduodenal bile flow.* Gastroenterology 1991, 100, p. 1106–1113.

Rezumat

Disfuncția sfincterului Oddi este o patologie care crează un obstacol pentru drenajul din calea biliară principală. Metodele de diagnostic noninvazive al DSO au sensibilitate și specificitate adecvată. Folosirea concomitentă a untrasonografiei și scintigrafiei crește performanța ambelor metode. Colangiopancreatografia prin rezonanță magnetică permite excluderea patologiei organice.

Summary

Sphincter of Oddi dysfunction (SOD) is a disorder which creates an obstacle to bile drainage from the common bile duct (CBD). Non-invasive diagnostic methods for SOD has adequate sensitivity and specificity. Concomitant use of ultrasonographic assessment and scintigraphy increased the sensitivity of each modality on its own in the diagnosis of SOD. Magnetic resonance cholangiopancreatography is the most promising modalities useful in excluding potential structural adnormalitis.

Резюме

Дисфункция сфинктера Oddi является патологией, которая создает препятствие оттоку желчи из общего желчного протока. Неинвазивные диагностические методы для диагностики дисфункции сфинктера Oddi обладают адекватной чувствительностью и специфичностью. Совместное использование ультразвуковой диагностики и сцинтиграфии увеличивает чувствительность каждой из методик. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография является самым многообещающим методом в исключении органической патологии.

SINDROMUL METABOLIC CA BAZĂ ETIOPATOGENETICĂ A ATEROSCLEROZEI

Ieremia Zota, dr. hab. med.,
membru coresp. AȘM, prof. univ.,
șef catedră,
Andrei Munteanu, asist. univ.
Mihai Parnov, asist. univ.
USMF "Nicolae Testemițanu"

Actualitate. Sindromul metabolic (SM) reprezintă o problemă majoră, discutată pe larg în medicina contemporană. Numai în ultimii trei ani au fost publicate în jur la 4000 de articole cu privire la aspectele SM. Pe parcursul ultimilor 15 ani, viziunile, asupra acestui sindrom au fost supuse schimbărilor esențiale. Patologia cardiovasculară la începutul mileniului trei ocupă un loc dominant în structura morbidității. O influență negativă asupra vieții armonioase a omului o are ritmul progresului științifico-tehnologic, care modifică radical nivelul de activitate fizică prin reducerea acestuia, prin majorarea valorii energetice a produselor alimentare (hrana bogată în grăsimi), schimbarea deprinderilor alimentare și prin influența negativă a stresului cronic. În timpul de față răspândirea sindromului metabolic capătă un caracter de epidemie (tabelele 1, 2).

Tabelul 1

Date statistice orientative de frecvență a SM în unele țări

Europa	3-4%
Federația Rusă	4-5%
SUA	4-5%
Țările Americii Latine	14-15%

Tabelul 2

Factorii de risc în obezitate și ateroscleroză

	Reversibile	Ireversibile
Modul de viață	Caracteristici biochimice și fiziologice	Caracteristici personale
Dietă multicalorică cu conținut înalt de grăsimi saturate și colesterolină.	Hipercolesterolemia (creșterea LDL)	Vârsta: M>45ani; F>55ani sau menopauza timpurie fără hormonoterapie de substituție.
Tabagism.	Hipertensiune arterială (> 140/90 mm Hg)	Sexul – masculin
Activitate fizică redusă.	Nivel scăzut de colesterol HDL (< 39 mg/dl/1,0 mmol/l)	Anamneza familială agravată (infarct miocardic, moarte subită, alte patologii aterosclerotice)
Abuz de alcool.	Hipertrigliceridemie (>200 mg/dl/2,3 mmol/l)	la rude apropiate: bărbați până la 55 ani și femei până la 65 ani)
	Hipeglicemie/diabet	
	Insulinorezistență/hiperinsulinemie	
	Obezitate	
	Factorii ce favorizează trombogeneză	